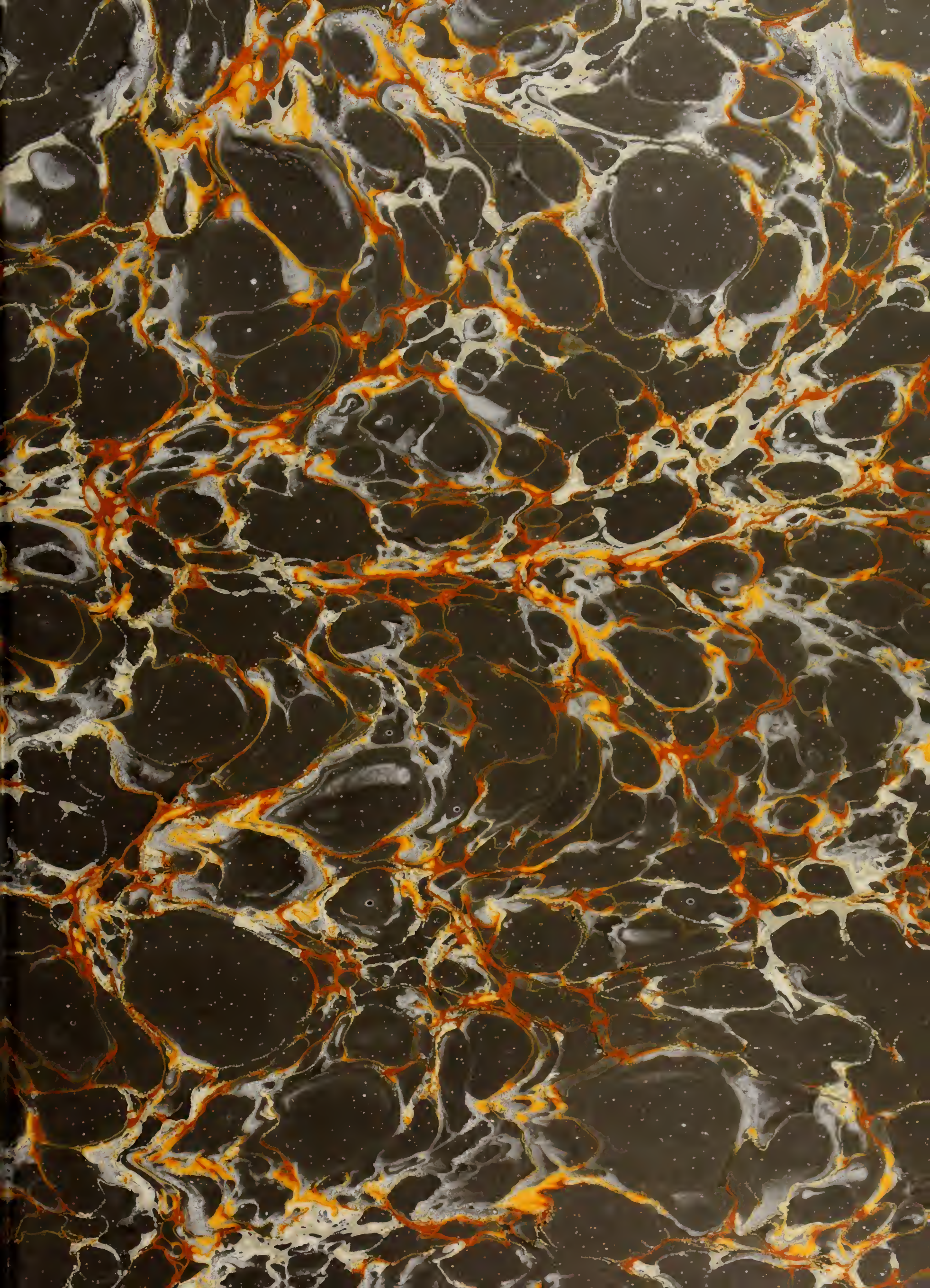


Surr 59939/13

Digitized by the Internet Archive
in 2016 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b28746636

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 16 *août* 1839,

Par VICTOR-CHARLES PASSAYS, de Barenton
(Manche).

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LA MALADIE SCROFULEUSE.

I. — Faire l'histoire anatomique de la métrite et de la phlébite utérine.

II. — Des causes, des phénomènes et du traitement des fistules urinaires ouvertes à l'hypogastre ou dans l'aine.

III. — Des follicules dentaires de la première dentition.

IV. — De l'équilibre des corps liquides dans des vases communicants.

(Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.)

PARIS.

IMPRIMERIE ET FONDERIE DE RIGNOUX,
IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
Rue des Francs-Bourgeois-Saint-Michel, 8.

1839.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

	MM.
M. ORFILA, DOYEN.	
Anatomie	BRESCHET.
Physiologie	BERARD (aîné), Président.
Chimie médicale	ORFILA
Physique médicale	PELLETAN, Examinateur.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie et Chimie organique	DUMAS.
Hygiène	ROYER-COLLARD.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. GERDY.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. .....
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	TROUSSEAU.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER. BOUILLAUD. CHOMEL. ROSTAN.
Clinique chirurgicale	JULES CLOQUET. SANSON (aîné). ROUX. VELPEAU.
Clinique d'accouchements	DUBOIS (PAUL).

Agrégés en exercice.

MM. BAUDRIMONT.	MM. LARREY.
BOUCHARDAT.	LEGROUX.
BUSSY, Examinateur.	LENOIR.
CAPITAINE.	MALGAIGNE.
CAZENAVE.	MÉNIÈRE.
CHASSAIGNAC.	MICHON.
DANYAU.	MONOD.
DUBOIS (FRÉDÉRIC).	ROBERT.
GOURAUD.	RUFZ.
GUILLOT.	SÉDILLOT, Examinateur.
HUGUIER.	VIDAL.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE.

A MON ONCLE,

Curé des Biards.

Faible témoignage de reconnaissance.

V.-C. PASSAYS.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

SUR

LA MALADIE SCROFULEUSE.

D'après les ouvrages de médecine les plus anciens, on voit que cette maladie n'était pas ignorée. Hippocrate, Galien, Celse, etc., en parlent d'une manière assez caractéristique, pour qu'on reconnaisse facilement la description de cette redoutable maladie; mais pour trouver un tableau de cette affection qui ne laisse plus rien à désirer, il faut arriver au temps où l'anatomie descriptive et l'anatomie pathologique, unissant leurs lumières, vinrent jeter un nouveau jour sur les maladies les moins connues. C'est alors que les recherches ont été multipliées, qu'on a découvert le siége du mal, les traces qu'il laisse sur le cadavre, etc. Ce sont principalement les ouvrages de MM. Faure, Borden, Lalouette, Hufeland, Pujol, Baumes, Portal, Alibert, Lepelletier, Dubois (d'Amiens), que l'on doit consulter pour avoir les meilleures idées que l'on ait émises sur cette maladie.

Les scrofules sont spécialement caractérisées par des engorgements circonscrits, peu douloureux du système lymphatique, dans différentes parties du corps, avec ou sans inflammation appréciable de différents tissus.

Avant d'entrer en matière, j'exposerai en peu de mots les signes extérieurs, tels que j'ai pu les remarquer sur un grand nombre d'individus, et qui annoncent une constitution strumeuse.

Les scrofuleux ont ordinairement les cheveux blonds, ou légèrement châtains, très-fins, et doux au toucher. Leur tête est généralement bien

développée : ils ont le front large, ou quelquefois étroit, dans le sens transversal. Leur peau est blanche, luisante, souvent humide et douce au toucher. Les yeux sont ordinairement bleus ou gris, assez larges, la pupille dilatée; les paupières sont flasques, et quelquefois tuméfiées; la conjonctive, la sclérotique, ainsi que les autres membranes qui constituent le globe de l'œil, sont souvent le siége d'une inflammation de nature spécifique; et lorsqu'on aperçoit de petits points rougeâtres et proéminents sur la conjonctive, on ne peut plus douter de la cause principale de la maladie. Le nez est ordinairement gros, tuméfié; les narines sont épaisses, se fendillent facilement à leur partie inférieure, c'est-à-dire, à l'endroit où elles se perdent dans la face, et laissent quelquefois échapper une humeur fétide, d'un blanc verdâtre. Les lèvres sont épaisses, tuméfiées, et ordinairement pâles ou bleuâtres. Les joues sont pendantes, pâles, ou légèrement colorées en rose. Les dents, d'abord blanches, se carient facilement; les gencives sont décolorées et saignantes. Le menton est peu saillant. Le cou, et principalement la région sous-maxillaire, présentent très-souvent des glandes engorgées, et quelquefois des tumeurs scrofuleuses; c'est pourquoi on dit qu'ils ont le cou court et gros. Leur poitrine est ordinairement étroite, bombée, ou creuse. On rencontre encore des glandes engorgées sous les aisselles, aux aines, au ventre, dans le creux poplité, à la partie interne et supérieure des cuisses, etc. On rencontre des tumeurs et des abcès partout, mais principalement autour des articulations. Le tissu cellulaire, chez les scrofuleux, est abondant, et semble étouffer les muscles, dont il cache les saillies; aussi paraissent-ils souvent gros et gras; mais il y a plutôt empâtement que véritable embonpoint. Le scrofuleux est généralement mal fait, et présente souvent même, avec une maigreur excessive, des membres qui paraissent très-développés au niveau des articulations : ainsi j'en ai vu qui avaient le visage gros et gras en apparence, ainsi que le bas des jambes, et qui cependant étaient très-maigres d'ailleurs; il n'est pas rare d'en rencontrer qui sont d'un embonpoint excessif. Il n'est pas rare non plus d'en voir qui sont excessivement maigres et rachitiques.

Les scrofuleux ont généralement une très-belle peau ; leurs facultés intellectuelles sont ordinairement bien développées, ou très-peu : en effet, n'est-ce pas chez les scrofuleux et les rachitiques que l'on rencontre le plus souvent des idiots et des hommes de génie. Il ne faut cependant pas croire que l'on rencontre tous les signes énoncés ci-dessus chez tous les scrofuleux : ils peuvent manquer à l'extérieur, et se présenter d'une manière fâcheuse à l'intérieur; mais, cependant, il y aura toujours au moins un de ces signes à l'extérieur qui suffira ordinairement pour nous faire reconnaître la constitution scrofuleuse. Les fonctions s'exécutent ordinairement avec lenteur chez les individus que leur organisation rend sujets aux scrofules : l'abdomen est gonflé, la digestion peu active, pénible même, suivie de diarrhée alternant avec la constipation. Le système circulatoire se ressent de la faiblesse, qui est presque générale ; les sécrétions sont peu abondantes, si l'on excepte les sécrétions muqueuses ; l'urine contient peu d'urée et une grande proportion d'acide phosphorique. La respiration est peu étendue, à cause du développement incomplet de la poitrine. Les mouvements sont lents chez les scrofuleux ; ils sont très-portés au sommeil ; aussi paraissent-ils sortir avec peine de leur repos ou de leur nonchalance. Leurs organes génitaux sont très-irritables, leurs facultés intellectuelles ont de l'énergie, leur mémoire est heureuse, et leur imagination vive.

Causes.

Tel tempérament dispose à telle maladie plutôt qu'à telle autre : cela s'observe pour les tempéraments sanguins, nerveux, mais surtout pour le lymphatique, qui prédispose singulièrement aux scrofules ; aussi, M. le professeur Richerand a-t-il dit que la constitution scrofuleuse n'était qu'une exagération du tempérament lymphatique.

L'examen des effets de cette maladie, l'âge où elle se montre, le sexe même sur lequel elle exerce le plus souvent ses ravages, tout le prouve incontestablement. On sait, en effet, que les enfants du sexe féminin, surtout, y sont plus exposés que les adultes. A quelle époque de la

vie le système lymphatique, les tissus blancs, acquièrent-ils plus de développement, ont-ils plus de force que dans les premiers temps de l'existence? Une des causes les plus puissantes, dans la production des scrofules, se rencontre dans un air froid, humide, habituellement brumeux : c'est ce qui les rend si fréquentes dans les pays septentrionaux, en Irlande, dans les Pays-Bas, en Hollande, dans le Dauphiné et la Basse-Bretagne. Parmi les circonstances qui nous environnent, et qui peuvent encore occasionner les scrofules, on trouve le voisinage des rivières, des étangs, des marais, des montagnes, des lieux où l'air est vicié par des émanations de matières animales ou végétales en putréfaction, dans les quartiers de nos villes et dans les campagnes, où les maisons basses et malsaines sont soustraites aux rayons bienfaisants du soleil. Une cause que je ne crois pas avoir vue rapportée dans les auteurs, et qui me paraît avoir beaucoup d'influence, c'est le séjour continuel des enfants en bas âge, même dans les maisons les plus riches de Paris, dans des mansardes, chambres ou cabinets à l'entre sol. Ces logements, qui sont ordinairement très-petits, mal aérés, où le soleil ne parvient que rarement, ou jamais, sont ordinairement habités par plusieurs bonnes et plusieurs enfants, qui, tous, se trouvent dans des conditions favorables au développement des scrofules : en effet, ces chambres étant très-petites et très-basses, ayant peu d'ouvertures, sont ordinairement très-chaudes, en été comme en hiver, car, dans cette saison, on y met du feu ou un poêle : l'air, n'étant pas renouvelé, ne tarde pas à être vicié; d'un autre côté, le nombre des personnes étant trop grand pour la chambre, elles laissent échapper des gaz qui peuvent concourir à rendre l'air insalubre, surtout pour des enfants faibles et qui prennent ordinairement une nourriture débilitante; je dis débilitante, car on leur donne ordinairement de mauvais lait, du chocolat ou du café au lait.

Si, de l'influence des lieux, on passe à celle des saisons, on voit qu'il y a entre elles un rapport parfait : en effet, les saisons froides et pluvieuses disposent le plus à l'affection scrofuleuse. M. de Humboldt pense que la diminution du fluide électrique entre pour quelque chose

dans l'apparition de cette maladie : serait-ce parce qu'alors le système nerveux est moins stimulé? Ces causes entretiennent l'individu dans un état de stupeur et d'engourdissement, et paraissent surtout affaiblir les systèmes sanguin et nerveux.

Tous les observateurs disent aussi, avec raison, queles aliments influent beaucoup, par leur nature et leur mode d'administration, et peuvent déterminer les scrofules, surtout lorsqu'il s'y joint encore d'autres causes. Parmi les aliments les plus propres à concourir au développement de cette maladie, sont ceux qui sont tirés du règne végétal. A ces causes, on peut encore en joindre d'autres, qui déterminent la maladie scrofuleuse chez des sujets qui y sont prédisposés : de ce nombre sont les violences extérieures, les coups, les chutes, les contusions, les fractures, l'oisiveté, la suppression des règles, des hémorrhoïdes, d'une évacuation naturelle, la rétrocession des phlegmasies éruptives à la suite de la rougeole, de la variole, les passions, etc.

M. le professeur Richerand a remarqué que, dans les hospices, les enfants abandonnés deviennent tristes, moroses, sentant tout ce qu'a de pénible leur situation, et sont bien plus souvent scrofuleux que d'autres enfants. On observe la même chose dans les prisons, les siéges, etc. Certaines époques de la vie semblent favorables au développement des scrofules : ainsi, l'époque de la dentition, de la puberté, de la gestation, de la cessation des menstrues, annonce quelquefois la maladie. Quelques maladies, comme la syphilis, les dartres, le scorbut, la masturbation, l'abus du coït, les mercuriaux, les purgatifs, ont amené l'état scrofuleux. Toutes ces causes et les précédentes agissent avec d'autant plus de force, que le tempérament, l'âge et le sexe prédisposent à la maladie ; cependant, on l'a vue affecter tous les âges et tous les tempéraments.

Contagion et hérédité.

Des auteurs anciens et modernes ont admis la contagion des scrofules, entre autres, Hippocrate, Pujol, Bordeu, Baumes, Lalouette, etc.

Aujourd'hui on est généralement d'accord sur la négative : en effet, on a essayé, toujours sans succès, d'inoculer le prétendu virus scrofuleux qui serait l'agent de la contagion. Hébréard, Pinel, Hallé. Alibert, MM. Richerand, Lepelletier, etc., ont cherché à l'inoculer sur des animaux, ensuite sur des hommes, sans succès ; on sait d'ailleurs que les scrofules n'ont jamais été communiquées par le coït. Un enfant qui devient scrofuleux en quittant sa nourrice ne prouve pas la contagion, mais seulement la prédisposition que l'enfant aura contractée, et qui plus tard aura dégénéré en maladie.

Il n'en est pas de même de l'hérédité, qui est généralement admise, avec raison. On ne doit cependant pas entendre, ce me semble, que l'enfant reçoive en naissant le germe de la maladie, que Baumes assimile au germe d'un végétal qui n'attend que le moment favorable pour se développer. S'il en était ainsi que le pense ce savant écrivain, le malheureux né scrofuleux serait tôt ou tard atteint de la maladie dont il porte le germe. Je préfère admettre une prédisposition native, comme pour la phthisie ou autre affection. De ce qu'un enfant meurt de la même maladie que ses parents, peut-on conclure qu'il en a reçu un germe destructeur ? On voit tous les jours des pères scrofuleux produire des enfants sains et bien constitués, et *vice versa*. Les scrofules ne sont que trop répandues ; mais, selon moi, elles le seraient bien davantage, si ce funeste héritage devait nécessairement passer du père aux enfants. Si le père est exposé à des causes qui altèrent sa constitution, si la mère a conçu pendant la menstruation, si leurs fonctions languissent, si leurs organes n'ont pas encore toute leur force, il n'est pas étonnant qu'ils donnent naissance à des enfants lymphatiques ou scrofuleux.

De la nature des scrofules.

Elle n'est pas bien connue : en effet, il n'est pas de maladie pour laquelle on ait inventé plus d'hypothèses depuis Hippocrate jusqu'à nos jours. Hippocrate et Galien expliquent leur formation par la pré-

sence d'une pituite épaisse, surabondante et froide, qui envahit les glandes. Ambroise Paré, Severin, Duret, etc., les attribuent à l'épaississement de la lymphe, qui est viciée, et qui embarrasse ses canaux. Hufeland pense qu'il y a un vice *sui generis* de la lymphe. Baumes fait réagir sur les sucs albumineux l'acide phosphorique déplacé, errant dans l'économie. Dernièrement M. Lepelletier a proposé une nouvelle opinion, qui fait consister les scrofules dans une imperfection de l'élaboration et de l'assimilation de tous les tissus, et principalement des tissus blancs. M. Broussais, voulant rattacher les scrofules à la doctrine physiologique, place la cause prochaine des scrofules dans l'irritabilité du système lymphatique, opinion qui avait déjà été émise par Girtanner. Pour moi, je pense comme M. Dubois (d'Amiens), que la cachexie scrofuleuse dépend d'un apauvrissement ou diminution des matériaux propres à la vitalité des solides et des liquides : comme l'a fort bien dit M. Baudelocque, dans la maladie scrofuleuse, toutes les parties du corps sont formées d'éléments de mauvaise nature.

Histoire des scrofules.

Cette maladie présente divers degrés d'intensité, diverses périodes qui ont été bien distinguées par les auteurs. Pour m'en faire une idée, je prendrai les scrofules dans diverses parties de l'économie. Plusieurs auteurs pensent que les scrofules peuvent se développer spontanément : quoi qu'il en soit, je crois qu'il y a toujours quelques causes plus ou moins appréciables, sans parler de l'incubation du vice scrofuleux, qui est une cause prédisposante. C'est ordinairement depuis l'âge de trois ans jusqu'à la puberté, rarement plus tard, que paraissent les symptômes suivants de la maladie scrofuleuse : les glandes sous-maxillaires, cervicales, donnent des signes de leur affection, signes qui correspondent souvent à une dentition difficile, à une irritation cutanée, muqueuse, de la tête, de la face; les glandes s'engorgent, forment des tumeurs irrégulières, dures, indolentes, arron-

dies, mobiles, sans changement de couleur à la peau, ou avec une légère rougeur sur les parties antérieures et latérales du cou, sous les angles de la mâchoire, au-dessous des apophyses mastoïdes, à l'occiput. Ces phénomènes vont se répéter dans les ganglions lymphatiques de la partie supérieure de la poitrine, sous-axillaires; ceux des membres thoraciques participent bientôt au gonflement, surtout vers les articulations: ils se développent en tumeurs irrégulières, aplaties, plus ou moins grosses, d'où peut résulter de la gêne dans la circulation du membre. Les membres inférieurs ne sont pas toujours à l'abri de ces désordres, car on voit bientôt les glandes inguinales se tuméfier. Les tumeurs peuvent demeurer stationnaires pendant des mois, des années, et passer même à la résolution sans provoquer de symptômes généraux: mais si, ce qui arrive le plus souvent, le travail continue, il détermine une réaction peu durable, il est vrai, mais qui paraît en raison de la sensibilité du sujet. La circulation s'accélère un peu, la douleur se fait sentir, la température du corps augmente, le tube digestif est affecté consécutivement, quelques sécrétions sont troublées; l'irritation, qui peut même être rapide, amène après elle les fluides lymphatiques. Les tumeurs, en augmentant de volume, développent de la douleur et de la chaleur; elles deviennent adhérentes à la peau; elles finissent par se ramollir un peu; la suppuration se fait, et la fluctuation est sentie; la peau, qui est pourprée ou bleuâtre par la stagnation du sang, s'amincit, se déchire, et donne issue par une ou plusieurs ouvertures à un liquide séreux blanchâtre, et moins consistant que le pus ordinaire, et qui entraîne des débris de tissu cellulaire. Ces ouvertures, peu disposées à se fermer, se réunissent souvent en s'étendant, et il en résulte des ulcères chroniques peu douloureux; ou bien l'inflammation est lente, la peau pâle ou violette sur les bords, qui sont durs, inégaux; il s'en écoule une matière purulente, sanieuse, fétide, ce qui rétarde la cicatrisation. Si ces ulcères se cicatrisent enfin, ils peuvent se rouvrir de nouveau, ce qu'annonce une croûte jaunâtre, dont ils se recouvrent alors, ou ils sont remplacés par d'autres dans le voisinage. Cette alternative de

tumeurs, d'ulcères, de cicatrices, qu'on observe souvent, paraît propre aux scrofules. Les ulcères scrofuleux peuvent être primitifs, c'est-à-dire, n'être pas précédés de tumeurs de même nature. Quelquefois les tumeurs scrofuleuses passent à l'état cancéreux. Ces désordres sont plus fréquents dans les ganglions du cou qu'ailleurs; cependant les ganglions des membres n'en sont pas exempts. On a vu aussi les mamelles s'engorger, se durcir, devenir livides, s'aplatir sans beaucoup de douleur, s'ouvrir, et donner lieu à plusieurs ulcères scrofuleux. On a de même établi une différence entre certains gonflements de la thyroïde: ce gonflement scrofuleux est le goître.

Jusqu'ici j'ai étudié l'irritation scrofuleuse bornée, pour ainsi dire, à un seul tissu; je vais la suivre s'étendant à des tissus de nature variée. A la peau, elle produit des empâtements, des abcès, des pustules, tels qu'Alibert en a vu détruire le nez et la lèvre supérieure: elle peut affecter les os de presque toutes les parties du corps: elle a de la prédilection pour les os courts et spongieux, pour les extrémités des os longs, où le tissu spongieux prédomine: de là le gonflement des os du métacarpe, du métatarse, et des parties molles qui les entourent. Ces tumeurs, qui sont quelquefois d'un volume énorme, offrent de la dureté, de la douleur; elles s'ulcèrent, les os se carient, et alors les symptômes locaux sont graves. Les tissus qui forment les articulations sont aussi souvent affectés de cette maladie: tels sont les tendons, les ligaments, les os, les cartilages; et il en résulte une terrible maladie connue sous le nom de *tumeur blanche*. C'est ce qu'on observe aux articulations qui sont les plus exercées et les plus irritées, aux articulations du genou, du coude, aux articulations coxo-fémorales et péronéo-tibio-tarsiennes. Cette maladie s'annonce par un gonflement de l'articulation: la douleur est légère, la peau a conservé sa couleur; elle n'est pas beaucoup plus chaude qu'à l'ordinaire, il y a un sentiment de gêne, de pesanteur, de distension; plus tard le gonflement augmente, la douleur s'exalte, les mouvements, d'abord difficiles, deviennent impossibles, la peau offre un empâtement qui pourrait en imposer pour une fluctuation obscure. Dans une période plus avancée

les douleurs sont atroces, la peau s'ouvre après s'être amincie dans plusieurs endroits de la tumeur, et il sort du foyer purulent une matière mêlée de flocons albumineux : alors il survient des phénomènes qui montrent toute la gravité de la maladie; la fièvre se déclare, l'appétit se perd, ou la digestion ne se fait pas bien; il y a de l'insomnie et un amaigrissement rapide. L'abondance de la suppuration, la violence des douleurs, consument les forces du malade; les sueurs générales et le dévoiement colliquatif viennent terminer la scène, quand déjà l'épuisement est à son comble. Cette affection présente des symptômes différents, selon les articulations, selon les parties qui sont les premières attaquées; mais le résultat est toujours funeste pour peu que la maladie continue ses ravages, ce qui a presque toujours lieu. Si la tumeur commence par les parties molles, elle sera plus volumineuse, plus molle; la peau sera plus chaude, elle sera parcourue par des veines bleuâtres distendues; la douleur, qui était d'abord peu vive, augmente; le moindre mouvement est insupportable; les tendons des muscles fléchisseurs, tiraillés, font éprouver une flexion contre nature, que favorise encore le malade.

Bientôt la fluxion se propage dans l'intérieur de l'articulation, les os gonflés perdent en partie leurs rapports articulaires, et quelquefois même tout à fait, et l'on voit enfin les symptômes graves que nous avons décrits plus haut. L'os est-il primitivement attaqué, la tumeur est moins volumineuse, plus dure, les douleurs sont plus profondes, plus vives; mais peu à peu la tumeur se développe, les parties molles s'engorgent, et la même terminaison en est le résultat fâcheux. Il n'est pas rare que les vertèbres participent à l'affection scrofuleuse : elles se ramollissent, la colonne vertébrale se dévie; on la voit quelquefois dans les os des membres : c'est alors le rachitis qui s'accompagne d'une diminution considérable de la force contractile des muscles, de l'amaigrissement des membres inférieurs, de l'impuissance de s'en servir, et d'autres symptômes particuliers. Cette disposition particulière peut exister sans affection glanduleuse et cellulaire, sans carie, sans ulcération; je ne pense pas cependant que cette mala-

die diffère absolument de l'affection scrofuleuse : elle paraît due aux mêmes causes, elles se compliquent l'une l'autre ; ce ne sont probablement que deux formes de la même maladie.

Si les scrofules paraissent à la peau sous forme d'éruptions diverses, de dartres, elles affectent aussi les muqueuses qui aboutissent à sa surface; celles-ci sont irritées, leurs sécrétions sont altérées : ainsi on observe des blennorrhées, des flueurs blanches, des ophthalmies, auxquelles la maladie principale imprime un caractère particulier; il y a toujours une irritation, mais une irritation spécifique.

L'affection que je décris n'arrête pas ses ravages seulement à l'extérieur; différents viscères y sont prédisposés suivant l'âge. De la deuxième à la cinquième année, ce sont les viscères abdominaux qui présentent un groupe de symptômes désigné sous le nom de *carreau* (*atrophie mésentérique*), etc. Dans un âge ordinairement plus avancé, les scrofules se portent sur le poumon, on voit paraître la phthisie scrofuleuse. Je ne doute pas que cette terminaison de l'affection scrofuleuse ne soit plus fréquente qu'on ne le pense généralement. J'ai eu occasion, pendant la vacance, d'en voir plusieurs exemples assez frappants. Je suis allé dans une maison où il y avait douze personnes, dont dix étaient scrofuleuses : au nombre des dix se trouvaient neuf enfants, frères, de plus, une domestique. Le père n'était pas scrofuleux, la mère était d'un tempérament lymphatique (ces personnes habitaient un lieu un peu humide et voisin d'un petit marais). Sur ces dix scrofuleux, deux gardaient le lit depuis longtemps, savoir : une petite fille âgée de quatre ans, qui présentait tous les signes d'une phthisie commençante, et qui portait une douzaine d'abcès froids qui étaient tous placés autour des différentes articulations des membres supérieurs et inférieurs; son frère, âgé de vingt ans, présentait également tous les signes d'une phthisie très-avancée, dont il était atteint depuis un an : son extérieur n'offrait aucune tumeur scrofuleuse ni même d'engorgements sensibles des glandes; mais, du reste, son physique annonçait assez une constitution strumeuse. Si, à l'époque où j'ai vu le malade, il ne présentait plus d'engorgements des glandes sous-maxillaires.

et autres, il n'en fut pas toujours ainsi; car j'appris de ses parents qu'avant la maladie il avait des grosseurs sous la mâchoire, qu'il avait le cou gros, et que cet engorgement avait diminué peu à peu, à mesure que la toux et la maladie faisaient des progrès. Le malade est mort, au bout de quinze mois de maladie, d'une phthisie d'autant plus facile à reconnaître, que déjà elle présentait à l'époque où j'allai le voir tous les signes caractéristiques d'une énorme caverne dans le poumon gauche, et d'une moindre dans le poumon droit.

D'après ces observations, et plusieurs autres que j'ai faites dans les hôpitaux de Paris, je suis porté à croire que l'affection scrofuleuse est une très-fréquente cause de la phthisie; en effet, j'ai remarqué que la plupart des phthisiques étaient scrofuleux ou lymphatiques, qu'ils étaient blonds, qu'ils avaient, en général, la peau blanche et fine, et la pupille très-dilatée. L'affection scrofuleuse attaque quelquefois le cerveau, où elle cause des troubles variés selon les parties de cet organe : on l'a vue produire des hydropisies, des démences, des concrétions membraneuses, des tubercules, qui sont annoncés par des symptômes communs à plusieurs maladies de ce viscère, comme les troubles des facultés intellectuelles, du sentiment et du mouvement, avec des douleurs de tête plus ou moins vives.

Complications des scrofules.

Les scrofules consistent surtout dans une affection du système lymphatique, se compliquent, et acquièrent un caractère plus fâcheux par l'union des maladies qui portent leur influence funeste sur ce système. Tel est l'effet du virus syphilitique, qui, prompt à produire, comme les scrofules, des sub-inflammations, cause dans diverses parties du corps des engorgements, des ulcères plus dangereux que ceux qui sont la suite des scrofules seules. On attribue aussi de l'influence à l'acrimonie dartreuse sur les scrofules. Il n'y a nul doute que l'irritation des dartres ne puisse agir sur le système lymphatique. Le scorbut, qui vient compliquer les scrofules rend cette maladie très-grave; les

symptômes de la première affection prédominent alors. Les maladies aiguës qui surviennent chez les scrofuleux aggravent ordinairement leur état; car il est rare qu'elles impriment à la maladie primitive des changements heureux en produisant une excitation favorable, vu que les viscères déjà affectés sont plus faciles à détruire. D'autres maladies, comme la teigne, la gale, peuvent encore accompagner les scrofules.

Du diagnostic.

Le diagnostic des scrofules est, en général, facile. Pour l'établir, il faut avoir égard à l'âge du sujet, à son origine, aux circonstances dans lesquelles il s'est trouvé, et qui ont précédé le développement de la maladie, à la marche de celle-ci, aux symptômes généraux qui modifient presque toute l'économie, aux symptômes locaux. Le diagnostic sera plus aisé chez les enfants que chez les adultes; mais, dans tous les cas, il sera très-difficile s'il n'y a que des signes d'irritation scrofuleuse intérieure.

Pronostic.

Il doit varier suivant bien des circonstances; mais il est toujours plus ou moins grave.

Autopsie.

L'ouverture des corps scrofuleux montre à l'intérieur et à l'extérieur les traces de la maladie. On trouve les glandes du cou, et d'autres parties, dans un état de putrilage, ou à l'état cardacé; les os sont plus ou moins altérés, ramollis; les articulations offrent quelquefois des hydropisies, les tissus, les ligaments, les cartilages, les os, sont cariés, réduits en putriilage. Le tissu cellulaire, la peau, peuvent aussi offrir diverses altérations. Les désordres sont variés à l'intérieur: on voit des

inflammations chroniques, des suppurations, des engorgements, des dégénérescences, des tubercules durs ou ramollis dans différents organes, surtout dans les poumons et le mesentère. On observe aussi des épanchements séreux dans l'abdomen; enfin, on peut trouver des lésions dans tous les solides et les liquides de l'économie.

Traitement.

L'affection scrofuleuse est une de ces maladies qu'il est plus facile de prévenir que de guérir, et c'est plutôt à l'hygiène qu'aux médicaments qu'il faut demander les moyens préservatifs, qui sont les suivants : un air pur et sec, une température modérée, l'habitation dans des lieux élevés, bien exposés, et où l'air circule librement; le séjour à la campagne plutôt qu'à la ville; éviter les brouillards et les pluies de l'hiver, s'exposer, au contraire, aux rayons vivifiants du soleil pendant la belle saison. Il y a bien d'autres soins à prendre: il est important de tenir proprement l'enfant qui est menacé de cette maladie. On doit lui fournir des vêtements qui excitent doucement la peau, et qui puissent faire éviter les répercussions de la transpiration si funestes aux viscères. La flanelle sur la peau est très-convenable dans ce cas; on peut y joindre les frictions sèches ou aromatiques. On doit apporter la plus scrupuleuse attention dans le choix des aliments. L'enfant né d'une mère scrofuleuse sera, aussitôt après sa naissance, confié à une nourrice saine, ni trop jeune ni trop vieille, ou, à défaut de celle-ci, l'allaitement artificiel sera préférable. On proscrira les bouillies plastiques, généralement mal faites, indigestes, les aliments farineux, les fruits verts, c'est-à-dire, qui ne sont pas mûrs, pour leur substituer un pain de froment bien fermenté, des panades, des plantes mucilagineuses sucrées, telles que la carotte, le navet, etc., ou antiscorbutiques, comme le choux et les autres crucifères.

La plupart des praticiens recommandent les viandes les plus animalisées, les plus ammoniacales, le mouton, le bœuf; mais vu l'inactivité des organes digestifs, on peut les remplacer par des viandes

blanches, le poulet, le veau, les cuisses de grenouilles, et par le chocolat, les œufs et le bon lait. Le même choix doit être fait pour les boissons; l'eau doit être vive, claire et bien aérée, mêlée à un vin pur et riche ; la bière bien faite convient également; on peut permettre le café et les liqueurs en petite quantité, si la digestion est peu active. Il faut exciter les sécrétions languissantes, diminuer celles qui sont trop abondantes; on peut, dans ce cas, recommander les bains froids, pris avec précaution. Les frictions froides ou sèches, qui stimulent la peau et détournent les fluides de l'intérieur en empêchant les congestions, l'exercice modéré et les jeux gymnastiques, sont encore avantageux. On doit aussi égayer le petit malade, si l'on s'aperçoit qu'il soit triste; on doit enfin ne pas le tenir renfermé trop longtemps, et ne pas non plus exercer trop ses facultés intellectuelles, défaut que l'on remarque souvent dans les villes.

Traitement palliatif.

Le traitement palliatif varie suivant une foule de causes et de circonstances; mais quoi qu'il en soit, on aura recours aux purgatifs, aux vomitifs, aux sétons, aux cautères et aux vésicatoires, et souvent avec avantage; et l'on favorisera cette médication par des tisanes amères, des vins et des sirops contenant des teintures amères, comme celles de quina, de gentiane, etc... On recommande aussi les préparations d'iode, les préparations ferrugineuses, soufrées, etc... Enfin, on a bientôt épuisé toute la matière médicale, sans arriver à un résultat bien satisfaisant.

Je profite de l'occasion que me présente ma thèse, pour dire deux mots sur une concrétion pierreuse, grosse comme une amande, que j'ai extirpée de la cavité droite des fosses nasales, chez une femme âgée de soixante-trois ans, et du reste, bien portante. Voici ce que j'ai appris de cette femme : elle éprouvait, disait-elle, depuis plusieurs années, un enchifrènement dans la fosse nasale droite; elle ne pouvait plus prendre de tabac de ce côté, vu, disait-elle, que cela l'empêchait de respirer librement. Elle m'assura n'avoir jamais eu aucune maladie des fosses nasales; cependant elle avoue avoir éprouvé quelques céphalalgies frontales depuis quelques années. J'examine avec soin les fosses nasales; je vois avec surprise que la cavité droite était entièrement remplie par un corps dur, qui me donna à penser que j'avais affaire à une carie de quelqu'un des os du nez, tandis que la cavité gauche ne présentait rien de remarquable, et était saine, ainsi que la cloison qui partage ces deux cavités. Après avoir pris toutes les informations possibles, et voyant que ce corps était mobile, j'ai essayé de l'enlever avec une pince à anneau : je suis parvenu, en effet, à en enlever une soixantaine de morceaux, gros comme un grain d'orge perlé. Cette production anormale était dure, fragile, criant sous les pinces comme des grains de sable. Après avoir retiré un assez grand nombre de morceaux de cette concrétion, il s'est écoulé une assez grande quantité d'un mucus épais, d'un blanc verdâtre, d'une odeur infecte, et qui me paraissait renfermé dans une petite cavité que lui offrait cette concrétion. Cela étant fait, la femme s'est trouvée bien soulagée, et a cru, comme moi, être entièrement débarrassée, lorque, huit jours après, elle me rappelle, en me disant qu'il y avait encore quelque chose qui la gênait beaucoup. Je l'examine, et j'aperçois, en effet, une concrétion, qui me paraissait occuper le cornet et le méat moyen. Je suis parvenu, avec un peu de difficulté, à la saisir, et à l'amener ainsi à l'ouverture inférieure des fosses nasales. Surpris de sa grosseur, je croyais ne pouvoir la faire sortir; mais après lui avoir imprimé un petit mouvement de rotation, j'ai pu la saisir avec l'index et le pouce par son

extrémité la plus étroite, et l'arracher ainsi sans déchirer l'ouverture externe de la fosse nasale.

Cette concrétion est d'un blanc grisâtre, plus dure que les morceaux que j'avais enlevés huit jours avant, et qui me paraissaient adhérer à celle-ci. Elle est de la grosseur et de la forme d'une amande; elle est rugueuse, et présente vers sa partie moyenne un enfoncement qui était rempli d'un mucus fétide, lequel était recouvert, ce me semble, par la quantité énorme de concrétions de même nature que j'avais retirée huit jours avant, et qui, à cause de sa fragilité plus grande, me paraît s'être formée la dernière. J'ai examiné, quelques jours après, les cavités des fosses nasales, et je n'ai rien vu d'extraordinaire.

Ayant analysé cette concrétion, et ayant trouvé qu'elle contenait du phosphate et du carbonate de chaux, je me suis demandé comment a pu se former cette concrétion dans la cavité des fosses nasales. Serait-ce à la suite de l'inflammation des veines, des vaisseaux lymphatiques qui viennent se perdre dans la muqueuse, ou de la muqueuse elle-même? M. Rullier a communiqué à l'Académie (séance du 26 août 1828) une observation semblable. Il rencontra cette concrétion pierreuse dans la fossse nasale droite d'un individu qui avait succombé à une phlébite; il trouva chez le même individu une épingle dans la muqueuse de la vessie, et des abcès dans le poumon et le foie! Ou bien, ne serait-ce pas plutôt une concrétion semblable à celle que M. Cruveilhier a trouvée dans les vaisseaux lymphatiques, à celles qu'on a trouvées dans les glandes, dans le poumon, le foie, le cerveau, etc., ou bien encore une masse tuberculeuse pétrifiée? L'analogie me paraît assez grande. Certes, des tubercules ont pu se former dans la muqueuse des fosses nasales, de même qu'on en a observé dans la muqueuse de la vessie, des bronches, etc.; ces tubercules se seraient pétrifiés, comme on en a observé dans les poumons, le foie, le cerveau, etc. (c'est peut-être une terminaison heureuse des tubercules): la composition chimique est la même, d'après l'analyse de MM. Thénard et Dulong, qui ont trouvé dans les tubercules du phosphate et

du carbonate de chaux en même proportion que dans les os des animaux; ce qui a porté M. Larcher à penser que la matière tuberculeuse n'est autre chose qu'une déviation des éléments organiques des os, et surtout de leurs éléments calcaires. Une des meilleures preuves que l'on puisse apporter à l'appui de cette opinion, dit-il, c'est la fragilité des os chez les phthisiques, chez lesquels les os ont plus ou moins perdu de leur pesanteur et de leur consistance. Ce fait a été récemment observé chez les animaux. Il paraît, dit M. Dupuy, que, dans la phthisie, le phosphate de chaux est surabondant, puisqu'il se dépose dans le parenchyme des poumons, du foie, dans le tissu des ganglions lymphatiques, et dans celui des membranes muqueuses. Ainsi les tubercules peuvent bien, comme le dit M. Larcher, ne pas se ramollir; ils peuvent s'atrophier, ou plutôt cette atrophie consiste, comme il le dit, tantôt dans l'ossification du kyste, et tantôt dans la condensation de la matière tuberculeuse qui passe à l'état de concrétion osseuse.

Ce qui confirme encore mon opinion sur la cause et la nature de cette concrétion, c'est que cette femme est d'un tempérament lymphatique, et qu'elle a donné le jour à un fils qui a été amputé pour une tumeur blanche du genou; cependant, la femme ne présentait alors aucuns signes qui pussent faire soupçonner la phthisie.

QUESTIONS

SUR

DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

I.

Faire l'histoire anatomique de la métrite et de la phlébite utérine.

Avant d'entrer en matière, j'exposerai en peu de mots les caractères différentiels de ces deux maladies.

On entend, en général, par *métrite*, l'inflammation du tissu propre de l'utérus. Cette inflammation peut se borner à une partie de l'utérus, ou bien envahir l'organe en entier, et même s'étendre jusqu'à ses ligaments. C'est à tort que les anciens plaçaient le siège de cette maladie, les uns dans la membrane interne, les autres dans la membrane externe, ce qui constitue pour nous deux autres maladies bien différentes.

L'inflammation de la matrice est caractérisée par une douleur continue, vive et déchirante, une chaleur brûlante et une tuméfaction bornées à l'hypogastre, ou s'étendant aux lombes, au sacrum, au vagin; le gonflement, la dureté et la sensibilité de l'orifice utérin, du vagin et de la vulve, la suppression et l'altération des lochies, des règles et du mucus utérin et vaginal, des lésions variées des fonctions des organes contigus, comme la constipation, le ténesme, la strangurie; des douleurs dans les cuisses et dans le tronc, les mamelles, etc., avec une coloration du visage qui ne se montre quelquefois que d'un côté; d'autres fois il y a de la pâleur; quelquefois il y a des vomissements et une fièvre intense. Les causes les plus communes sont, la suppression des

lochies, le séjour prolongé du placenta, de ses débris, ou d'un caillot de sang; les contusions, les déchirures de la matrice, les manœuvres imprudentes faites pendant l'accouchement, etc.

On entend, au contraire, par *phlébite utérine,* l'inflammation des veines de l'utérus. Cette inflamation ne se borne pas ordinairement aux veines de la matrice; elle peut suivre la direction des veines utérines fournies par l'hypogastrique, et plus souvent encore remonter le long des veines ovariques jusqu'à la veine iliaque primitive, et même à la veine cave inférieure. Si les veines des régions voisines de la matrice sont enflammées, celles de ses parois le sont ordinairement aussi; et l'on peut s'assurer, par la continuité des unes aux autres, que la phlébite prend naissance dans cet organe : il peut se faire, cependant, que la phlogose cessant ou diminuant dans les veines utérines, on trouve des désordres dans les veines environnantes. Il n'est pas rare non plus de voir l'inflammation de l'utérus cesser pour faire place à une péritonite, et ne laisser que des traces faibles de la première inflammation. Cela a été observé par M. le professeur Andral. L'inflammation de l'utérus peut n'affecter qu'un seul de ses côtés, comme nous l'a fait remarquer M. le professeur Dubois. C'est ordinairement au côté droit de cet organe qu'elle se montre d'une manière plus manifeste et plus fréquente; l'implantation du placenta de ce côté étant plus ordinaire, rend seule compte de ce phénomène.

Dans cet exposé simple, qui caractérise la phlébite et la métrite, on trouvera bien peu de différence : en effet, les symptômes que donnent les auteurs sont à peu près les mêmes dans l'une et dans l'autre, et il est souvent difficile de faire la distinction de ces deux maladies. Voici les caractères distinctifs d'après Dance. Lorsqu'il y a une forte douleur et un engorgement bien dessiné dans le trajet des veines ovariques, une certaine œdématie des membres abdominaux, un empâtement du bas-ventre, on peut penser avec raison qu'il y a phlébite : mais si quelque temps après il se développe spontanément des abcès indolents en un point quelconque du tissu cellulaire sous-cutané, un engorgement de même nature autour d'une articulation, ou enfin un développement

plus considérable des veines extérieures superficielles des parois de l'abdomen, on ne pourra plus en douter. Mais je pense que, dans la grande majorité des cas, cette phlegmasie, après l'accouchement, coexiste avec la métrite, et que cette dernière la précède souvent.

Des lésions anatomiques que l'on rencontre ordinairement à la suite de la phlébite utérine.

Autopsie. — L'utérus est plus volumineux que dans son état ordinaire, et que ne le comporte le temps écoulé après l'accouchement; sa cavité est tantôt recouverte d'une couenne d'un jaune grisâtre, qui semble provenir des débris altérés de la membrane caduque, tantôt baignée par une sanie ichoreuse et fétide. Son tissu est plus ou moins ramolli dans le cas où la phlébite dure quelque temps, et où elle a pu se compliquer de métrite. Dans tous les cas, si l'on incise son tissu, la pression fera sortir un pus jaunâtre ou blanchâtre, d'autres fois il est très-consistant et en flocons plus ou moins gros.

Si l'on examine avec soin, et que l'on suive ce pus, on voit qu'il sort et dérive essentiellement des veines de l'utérus, que l'on reconnaît à leur direction tortueuse dans le parenchyme de l'organe. L'intérieur de ces veines est blanchâtre, ridé, opaque, recouvert d'une peau pseudomembraneuse, ou d'un pus plus ou moins épais, ses parois sont quelquefois épaissies, le plus souvent ramollies; ce ramollissement a surtout lieu à l'endroit qui a servi d'insertion au placenta (Dance), Comme nous l'avons déjà dit plus haut, l'inflammation ne se borne pas aux veines placées dans l'utérus; les veines ovariques, hypogastriques, et autres de l'abdomen offrent des altérations semblables. Laennec, M. le professeur Andral, etc., ont aussi rencontré des engorgements purulents dans les poumons, le foie, le cerveau, la rate, les reins, des rougeurs de la muqueuse digestive, etc.

Des lésions que l'on rencontre dans l'utérus, chez les femmes qui ont succombé à une métrite.

Ces lésions varient suivant que l'inflammation envahit l'utérus en entier ou en partie; elles peuvent exister sur sa membrane interne, dans sa partie musculeuse, dans ses veines, ses artères, ses vaisseaux lymphatiques. Je vais reprendre chaque partie en particulier. Son tissu propre est quelquefois légèrement rouge ainsi que la muqueuse; d'autres fois on l'a vu tuméfié, se ramollir et suppurer. Le pus que l'on rencontre dans cet organe peut être infiltré ou réuni en un ou plusieurs foyers, dont le volume varie entre celui d'un pois et d'un grain de millet; d'autre fois l'utérus semble comme macéré dans un énorme quantité de pus (Dugès et madame Boivin); ce cas est sans doute très-rare, car la mort doit venir avant qu'il en soit ainsi. On rencontre aussi quelquefois des foyers purulents dans les ligaments larges : autour du pus, le tissu de l'utérus est quelquefois ferme et d'un rouge vif, d'autres fois il est violacé ou grisâtre. Ce pus peut exister dans l'épaisseur de son tissu, ou dans sa cavité; dans le premier cas, la suppuration peut avoir lieu au sein même du parenchyme de l'utérus, ou dans les veines, qui sont très-dilatées; dans ce cas, les veines peuvent transporter le pus dans celles du voisinage : en effet, il n'est pas rare de trouver du pus dans les veines hypogastriques et la veine cave, il est plus rare d'en trouver dans la cavité de l'utérus. On a aussi trouvé du pus dans les vaisseaux lymphatiques. M. le professeur Moreau, a trouvé plusieurs fois ces vaisseaux gros comme une plume à écrire de moyenne grosseur. Il arrive quelquefois qu'une métrite ayant fait place à une péritonite, il reste à peine des traces de l'inflammation de cet organe.

On peut aussi trouver dans l'utérus une matière tuberculeuse que l'on pourrait prendre pour du pus; mais le plus souvent cette matière se rencontre dans d'autres organes chez les phthisiques. Cette description diffère peu de la précédente; cela doit être en effet, car

le tissu propre de l'utérus ne peut s'enflammer sans que les veines ne participent plus ou moins à l'inflammation.

II.

Des causes, des phénomènes et du traitement des fistules urinaires ouvertes à l'hypogastre ou dans l'aine.

On entend par fistules urinaires, un conduit ou canal accidentel provenant de la perforation des reins, des uretères, de la vessie ou de l'urètre, et chargé de servir de canal de transmission au produit de la sécrétion des reins. Les fistules urinaires sont plus fréquentes chez l'homme que chez la femme; la disposition anatomique des parties, différente dans les deux sexes, donne une raison suffisante de cette particularité. Les reins, les uretères, la vessie et l'urèthre, avons-nous dit, peuvent en être le point de départ; mais autant elles sont rares dans les deux premiers, autant elles sont fréquentes dans les deux autres. Dans ces divers cas elles peuvent s'ouvrir au-dehors, à la région lombaire, à l'hypogastre, aux aines, dans le rectum, le vagin, au périnée; on a même vu ces fistules s'ouvrir tout près de l'ombilic.

Dans ce cas, assez rare, les urines avaient suivi le canal de l'ouraque non oblitéré; ce qui avait pu faire croire à l'existence de ce canal après la vie fœtale. Ce cas fut observé il y a quelques années par Dupuytren. Les fistules urinaires sont presque toujours consécutives. Je ne dois m'occuper ici que de celles qui s'ouvrent à l'hypogastre ou à l'aine. Ces fistules sont souvent très-graves, et le secours de l'art est souvent impuissant.

Des causes.

Les fistules urinaires de la région hypogastrique, au-dessus du pubis, et dans les régions inguinales, peuvent dépendre de différentes causes,

telles qu'une ouverture de la vessie pratiquée par méprise pour un abcès, pour une tumeur enkystée, une plaie à la partie antérieure de ce viscère, ou une ponction faite au-dessus du pubis dans le cas de rétention, surtout lorsque cette rétention d'urine est causée par la paralysie de la vessie : ce viscère, distendu par l'urine, forme au-dessus du pubis une tumeur qui pourrait être prise pour un abcès par un chirurgien ignorant et inattentif : or, s'il arrivait qu'on ouvrît cette tumeur, la plaie resterait infailliblement fistuleuse, à moins que l'on ne détournât promptement le cours anormal des urines au moyen d'une sonde de gomme élastique portée par l'urèthre dans la vessie, et peut-être ce moyen ne serait-il pas infaillible.

La fistule urinaire au-dessus du pubis peut encore dépendre de la suppuration d'une partie des parois de la vessie à la suite d'une contusion profonde de l'hypogastre, surtout lorsque la vessie est distendue par l'urine. Ce cas a été observé, pendant la grossesse, sans accidents mortels pour la mère ni pour l'enfant. Chopart en rapporte un exemple qui fut observé par M. Vallée, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Meaux. Une femme de vingt-six ans, enceinte de deux mois, fit une chute de six pieds de hauteur. N'éprouvant point d'accidents graves, elle continua ses occupations ordinaires. Au bout de six semaines, il lui survint des douleurs vives; bientôt elle eut une rétention d'urine. On la saigna, on lui conseilla les boissons mucilagineuses, des bains et des fomentations émollientes. Les urines s'écoulèrent par regorgement. On insista sur les mêmes moyens : il se forma deux abcès, l'un à l'ombilic, l'autre au-dessus du pubis; ces abcès s'ouvrirent spontanément, et leur ouverture resta fistuleuse. L'urine sortait en partie par ces deux voies contre nature, et en partie par l'urèthre : elle continua de couler de cette manière pendant la grossesse, et jusqu'au quinzième tour avant l'accouchement, qui se fit heureusement; ensuite elle reprit son cours par l'urèthre; les fistules se fermèrent, et la femme se trouva bientôt guérie.

Cet exemple, rapporté par Chopart, me paraît avoir été attribué à tort à une contusion de l'hypogastre : en effet, si la contusion eût été

assez forte pour occasionner la suppuration d'une des parois de la vessie et une fistule, la femme n'eût pas été six semaines sans éprouver d'accidents; il n'y aurait pas eu de rétention d'urine, et les accidents n'auraient pas cessé avant l'accouchement. Je serais donc porté à croire que la matrice, dont le volume et la pesanteur augmentaient de jour en jour en pressant sur le bas-fond, ou plutôt sur le col de la vessie, avait pu occasionner une rétention d'urine qui avait produit une déchirure de la partie antérieure de la vessie, et, par suite, une fistule.

J'ai vu, au mois d'octobre dernier, une rétention d'urine occasionnée par une cause à peu près semblable. Une femme, mariée depuis trois mois, éprouvait depuis quatre jours une pesanteur dans le bas-ventre, et des tiraillements dans les lombes et dans les aines; elle n'attribuait rien à cet accident. Elle appelle un docteur médecin, qui fut très-embarrassé, et engagea la femme à monter à cheval pour aller à la ville, à trois lieues, se présenter à plusieurs médecins, parce que, disait-il, ce cas était embarrassant. La malheureuse femme qui souffrait horriblement depuis trois jours, se sentant trop faible pour suivre les conseils de son médecin, m'envoya chercher, Après avoir interrogé cette femme assez longtemps, j'ai palpé son ventre avec soin: je l'ai trouvé distendu, résistant et douloureux à la pression, principalement à la région hypogastrique. Je percute cette région, et j'obtiens un son mat dans une très-grande étendue. Ayant appris que la malade n'urinait pas depuis quelques jours, je me suis empressé de la sonder, et j'ai retiré au moins trois litres de liquide, ce qui soulagea à l'instant même la malade. Cela étant fait, je pratique le toucher, et je suis fort étonné de trouver un corps étranger qui obstruait l'orifice externe du vagin. En examinant ce corps, j'eus bientôt reconnu l'utérus, dont le museau de tanche se présentait à l'orifice externe de ce canal. Cette ouverture de la matrice était un peu entr'ouverte, ses lèvres m'ont paru plus épaisses et plus molles qu'à l'état de vacuité; son corps m'a paru également plus développé qu'à l'état normal, ce qui m'a porté à croire que cette femme était enceinte, et que la grossesse avait pu occasionner tous ces phénomènes. La muqueuse du vagin me paraissait dans un

état de relâchement; elle était fortement humectée d'un mucus blanchâtre; les parties génitales externes étaient un peu excoriées, ce qui probablement fit dire à son médecin que son mari n'avait pas toujours été sage: aussi la femme et sa famille étaient dans la plus grande désolation jusqu'au moment où je les ai rassurées sur ce point. Pensant que ce prolapsus de la matrice venait d'un relâchement considérable de ses ligaments, j'ai engagé la femme à prendre, d'abord un bain ordinaire, et, les jours suivants, un bain de siége dans lequel je lui faisais mettre une décoction de racines et d'écorces astringentes; je lui conseillai également des laxatifs. Le lendemain, je sonde de nouveau la malade, qui avait encore la vessie remplie d'urine. Le troisième jour, les bains ayant fait beaucoup de bien à la malade, elle a uriné comme d'habitude, et de même les jours suivants. J'ai pu constater également que la matrice, dont j'avais déjà plusieurs fois fait la réduction, était descendue moins bas que d'habitude; mais, comme elle retombait toujours, je crus à propos d'appliquer un pessaire pour la soutenir; mais il n'a pu tenir que quatre jours, pendant lesquels il est tombé plusieurs fois: comme sa présence incommodait la malade, elle l'abondonna, et continua les bains astringents pendant douze jours, au bout desquels tout accident avait disparu; en sorte que j'ai attribué la guérison de cette malade aux bains et à la position que je lui faisais prendre dans son lit, plutôt qu'au pessaire. Un mois après, cette femme est venue me remercier, et j'ai pu alors reconnaître, en effet, qu'elle était enceinte; elle sentait remuer son enfant depuis deux jours. J'ai appris depuis que la femme était accouchée très-heureusement. D'après cette observation, je suis donc porté à croire que la matrice, à l'état de plénitude, surtout en pressant sur le col de la vessie, ou sur le canal de l'urèthre, peut occasionner une rétention d'urine complète ou incomplète, capable de déterminer une déchirure de la vessie, et, par suite, une fistule, ce qui serait infailliblement arrivé à cette femme si elle n'eût pas été sondée, ou si elle eût suivi le conseil de son médecin, en montant à cheval pour aller à trois lieues chercher du secours; car la

vessie, étant distendue outre mesure, se serait certainement déchirée à la première secousse que la femme aurait éprouvée.

L'accumulation de l'urine dans la vessie, distendant cet organe outre mesure, peut occasionner une crevasse à ses parois, ou en produire l'inflammation, qui se termine quelquefois par des eschares gangréneuses, dont la chute laisse à l'urine une libre issue.

Un instrument vulnérant peut atteindre ce réservoir, surtout lorsqu'étant distendu par l'urine, il n'est plus protégé par les os du pubis. La tuméfaction de la prostate peut occasionner une rétention d'urine, et, par suite, une fistule.

Le séjour d'un calcul dans la vessie peut ulcérer et percer son bas-fond. Dans ce cas, l'épanchement deviendra bientôt mortel, à moins qu'il ne se forme un dépôt urineux qui peut venir communiquer à l'extérieur, ou dans quelques ouvertures naturelles. Dans ces cas, c'est dans le tissu cellulaire du petit bassin ou du périnée que se fait l'épanchement; si, au contraire, la paroi postérieure est lésée, l'urine tombe dans la cavité même du péritoine, à moins que, par suite d'une inflammation adhésive de cette partie avec une anse d'intestin, l'urine ne passe dans le tube digestif.

Il peut arriver qu'une hernie inguinale de la vessie soit prise pour un abcès, et qu'on en fasse l'ouverture: il en résulte une fistule urinaire ouverte dans l'aine. Il peut encore arriver qu'à la suite de l'opération de la taille, la réunion de la plaie du col de la vessie ne se fasse pas complétement, et alors une fistule urinaire en sera le résultat. Le cathétérisme peut aussi en être une cause. Enfin, toutes les causes qui peuvent occasionner l'obstruction du col de la vessie ou du canal de l'urèthre, peuvent produire des fistules urinaires. Quand les fistules urinaires viennent du sommet et de la partie antérieure de ce viscère, elles percent ordinairement les parois de l'abdomen au-dessus du pubis et vers l'ombilic; elles aboutissent quelquefois dans les aines. Lorsqu'elles prennent naissance dans la paroi postérieure de la vessie, elles se rendent, tantôt dans la cavité du bas-ventre, où elles sont presque toujours mortelles, tantôt dans les intestins, s'il se rencontre

des adhérences entre eux et la vessie qui favorisent cette communication. Quand l'ouverture de la vessie se trouve près de son bas-fond, la fistule aboutit quelquefois dans le rectum, chez l'homme, et dans le vagin, chez la femme; mais le plus souvent elle se termine au périnée dans l'un et l'autre sexe. Quant aux fistules qui ont leur origine dans l'urèthre, elles s'ouvrent ordinairement au dehors, au périnée, dans les bourses, le long de la verge, quelquefois aussi dans le rectum. Il n'est pas très-rare de voir l'orifice externe de ces fistules très-éloigné de l'interne, et de se rencontrer à la partie moyenne et même inférieure des cuisses, aux aines, aux parois de l'abdomen, et sur les côtés de la poitrine.

L'écoulement des urines par l'orifice externe de la fistule est une preuve certaine de sa communication dans les voies urinaires; il peut aussi sortir du pus par cet orifice, et même des calculs vésicaux. Lorsque la fistule a son origine dans la vessie, l'écoulement de l'urine est ordinairement continuel. Les fistules urinaires ne laissent souvent voir leur orifice extérieur qu'après l'ouverture d'un ou de plusieurs dépôts urineux.

On appelle *dépôt urineux*, une tumeur formée par la collection des urines hors de la vessie. Ce fluide peut être extravasé sous trois états différents : il peut être ramassé dans une poche particulière, c'est ce qu'on appelle *abcès par épanchement;* ou être comme disséminé dans le tissu cellulaire dont il produit l'infiltration (*abcès par infiltration*); ou se présenter enfin sous la forme purulente, après avoir excité dans la partie où il se trouve de l'inflammation et un abcès urineux. Ces sortes de dépôts urineux supposent toujours une solution de continuité de la vessie ou de l'urèthre.

Nous avons parlé plus haut des causes qui pouvaient donner lieu à ces sortes d'affections. Les ravages que causent les urines sorties de leurs voies naturelles sont ordinairement d'autant plus graves qu'ils sont plus étendus, et qu'elles sont infiltrées dans le tissu cellulaire, au lieu d'être colligées dans une poche particulière. Le pronostic en devient moins fâcheux lorsque les conduits excréteurs sont libres,

que lorsqu'ils sont fermés par quelque obstacle, comme dans la rétention d'urine. La texture plus ou moins lâche des parties où se forment ces dépôts apporte aussi de grandes différences dans leurs progrès et leur développement.

Quant au lieu qu'ils occupent, il est ordinairement déterminé par la situation de la crevasse qui a donné passage aux urines. Par exemple, si une déchirure existe dans la paroi antérieure de la vessie, près de son sommet, et surtout si elle s'est faite lorsque ce viscère était très-distendu, les urines se répandent alors derrière et au-dessus du pubis.

De tous les liquides de l'économie animale, l'urine est un de ceux dont l'épanchement est le plus funeste : si l'on n'en procure promptement l'évacuation, elle excite bientôt une suppuration putride dans le tissu cellulaire qui la contient, et le fait tomber en pourriture ; elle attire sur la peau une inflammation gangréneuse, et frappe enfin presque toujours de mort les parties qu'elle abreuve.

Le diagnostic des dépôts par infiltration présente rarement de la difficulté : la rétention d'urine qui précède, le développement subit de la tumeur, les progrès rapides de celle-ci, l'espèce de crépitation ou de frémissement que l'on y sent quand on la comprime, et qui est à peu près semblable à celui que produit l'emphysème, la tension de la peau œdématiée et luisante, la diminution des accidents dépendants de la rétention, tels sont les premiers symptômes qui se manifestent lorsque l'infiltration est considérable.

Traitement curatif des fistules urinaires ouvertes à l'hypogastre ou dans l'aine.

Le traitement de ces fistules consiste à laisser une sonde de gomme élastique à demeure dans la vessie, ou à sonder souvent le malade, et à le placer sur son lit dans les conditions les plus favorables à l'issue de l'urine. Je ne parle pas du traitement palliatif, qui varie suivant une foule de causes et de circonstances.

III.

Des follicules dentaires de la première dentition.

Le follicule dentaire est la partie sécrétante de la dent, ou plutôt, c'est un petit sac très-analogue à ceux des follicules qui servent de matrice aux poils, aux plumes. Les follicules sont contenus dans l'intérieur des maxillaires en nombre égal à celui des dents. Chaque follicule apparaît peu de temps avant la formation des substances dentaires, comme un sac d'une forme à peu près ronde, attaché à la gencive par une de ses extrémités, qui est superficielle, et tenant, par l'autre extrémité, à un pédicule nerveux vasculaire, qui regarde le fond de la cavité alvéolaire. Ces sacs consistent dans une double membrane, renfermant dans son intérieur un petit corps mou, pulpeux, appelé *pulpe dentaire*, ou *le germe de la dent :* des deux membranes qui constituent les enveloppes du follicule, l'une est externe, et l'autre interne : l'externe, ou capsule, est en rapport, par sa face externe, avec la cavité dans laquelle elle est située, et est recouverte en dedans par la membrane interne, qui lui donne un aspect lisse et brillant. De ses extrémités, celle qui correspond à la gencive est entièrement unie à une portion du tissu de cette membrane, dont elle est le prolongement, et en cet endroit elle présente un pore qui s'ouvre dans la cavité de la bouche; par l'autre extrémité elle s'attache au pédicule de la pulpe, et adhère fortement au cordon des vaisseaux et nerfs dentaires sur lequel elle s'étend. Cette membrane est opaque, blanchâtre et assez épaisse, surtout vers les gencives. La membrane interne représente un sac sans ouverture, qui entoure la pulpe à la manière des membranes séreuses, par rapport aux organes qu'elles entourent : elle est mince, transparente et très-vasculaire; ses vaisseaux lui viennent de ceux qui se rendent à la pulpe; sa face interne est lisse et renferme un liquide inodore, jaune, floconneux, de consistance mucilagineuse. Cette membrane tapisse toute la face interne de la cap-

sule, avec laquelle elle est très-adhérente, surtout près de la gencive; arrivée à l'endroit où les vaisseaux et nerfs dentaires traversent la capsule, elle l'abandonne, et se porte sur les pédicules de la pulpe dentaire, au delà desquels on ne peut plus la suivre. Son usage est de sécréter l'émail. Elle n'existe pas toujours; aussi lui a-t on donné le nom de *membrane caduque*. La pulpe dentaire, qui est d'abord située au fond de la membrane interne du follicule, est analogue à la papille des poils et des plumes: c'est une papille muqueuse qui a pris dans ce point spécial un développement assez considérable pour devenir un organe de sécrétion; elle est logée dans la cavité de la dent; son volume est en raison inverse de l'âge; sa forme est exactement celle de la dent; elle est renflée au niveau du collet de celle-ci, terminée du côté de la couronne par une ou plusieurs saillies qui correspondent aux cuspides, et insérée sur le fond du follicule, dont elle fait partie, au moyen d'un ou de deux pédicules grêles qui traversent la racine de la dent et l'ouverture qui la forme. Sa couleur est grisâtre; elle semble n'être que la terminaison ou l'expansion des vaisseaux et nerfs. Elle est douée d'une grande sensibilité. De molle qu'elle était d'abord, elle prend de la consistance, et finit par constituer la couronne de la dent. Le follicule n'est pas disposé de la même manière; dans les différentes espèces de dents on le concevra facilement si l'on se rappelle que cette partie est la matrice de la dent proprement dite, et que la racine de la dent se moule sur la papille, sans parler des différences qui dépendent de son volume, toujours en rapport avec la dent qu'il doit produire. Le sac du follicule des incisives et des canines est simple comme les alvéoles dans lesquels il est enfoncé; et celui des molaires est subdivisé en un certain nombre de follicules secondaires. L'on concevra aussi que la papille dentaire doit être unipédiculée dans les incisives et les canines et multipédiculée dans les molaires.

Formation du follicule dentaire.

Au second mois de la vie intra-utérine, en examinant avec soin les arcades alvéolaires, on y apercevra un grand nombre de follicules logés dans l'épaisseur des replis membraneux que forme la gencive : ils sont très-petits, placés dans la gouttière qu'offre l'alvéole à cet âge, et recouverts par la lame la plus profonde du tissu gengival ; leur forme est globuleuse. Supérieurement et inférieurement, ils tiennent à la gencive, d'une part, et de l'autre, à la gouttière alvéolaire et aux troncs des vaisseaux et nerfs qui parcourent la gencive (suivant M. Serres). A quatre mois il se forme entre les follicules des cloisons fibreuses qui s'ossifient plus tard, et changent ainsi les rapports des germes entre eux. A la naissance ils sont déjà isolés les uns des autres et des vaisseaux et nerfs dentaires. Le follicule dentaire, chez l'embryon, est rempli par une liqueur jaunâtre, visqueuse comme de la synovie. Le fond de ce follicule est rempli par la papille, qui est très-grosse et d'une forme variable, suivant la dent à la sécrétion de laquelle elle doit concourir.

Le goulot est le *gubernaculum dentis ;* il embrasse le collet de la dent, et s'y fixe.

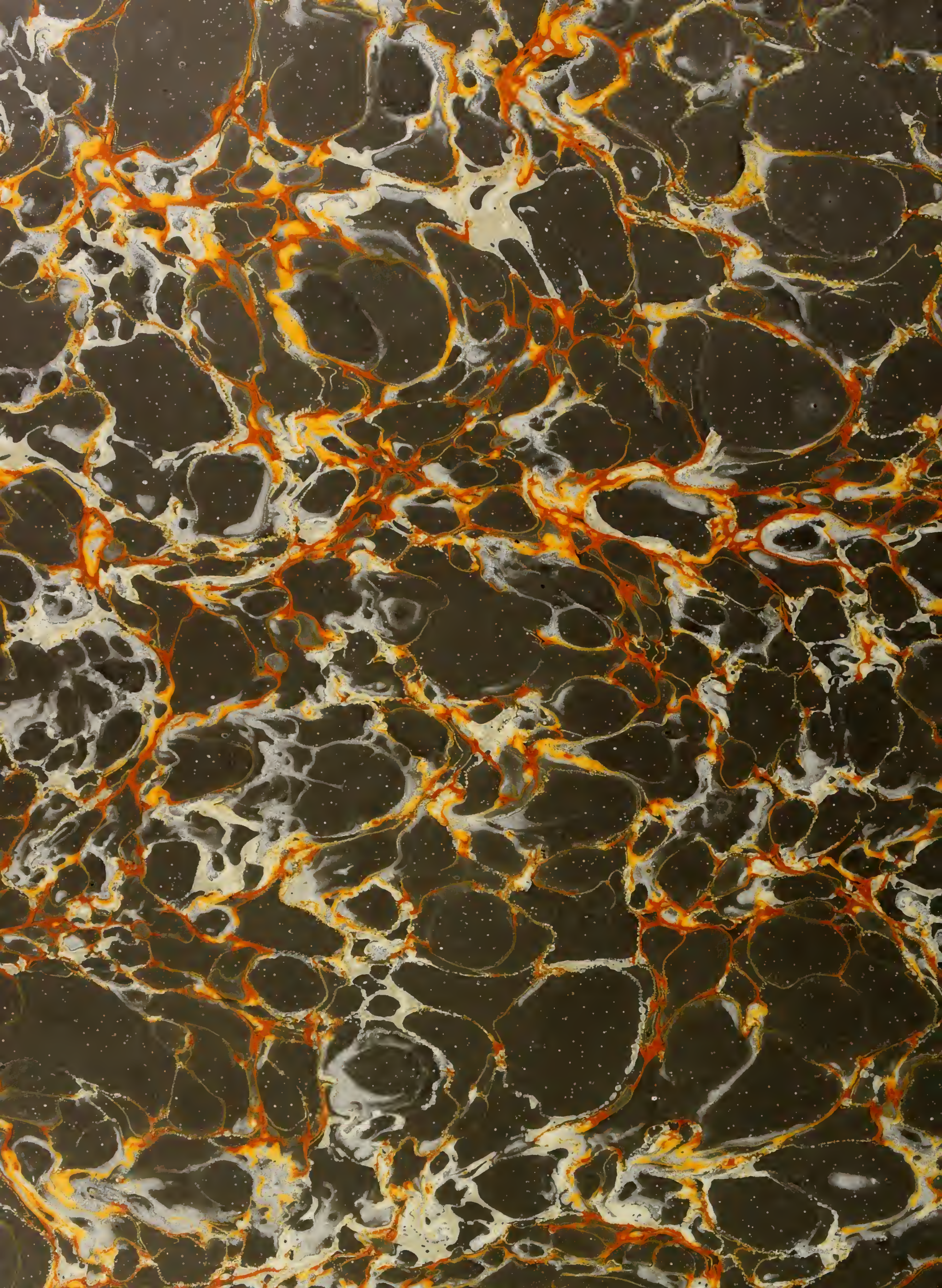
Organisation du follicule de la dent sortie de l'alvéole.

Il est formé de deux feuillets membraneux, l'un externe, de nature fibreuse, confondu avec le périoste de l'alvéole ; l'autre interne, plus vasculaire, adhérent à la racine de la dent, jusqu'au collet inclusivement ; ces deux feuillets réunis constituent le périoste alvéolo dentaire. L'organisation de la papille n'est pas bien connue ; on sait seulement qu'elle est formée par la terminaison des nerfs et vaisseaux dentaires.

IV.

De l'équilibre des corps liquides dans des vases communicants.

En considérant un liquide comme composé d'un grand nombre de particules matérielles essentiellement mobiles les unes sur les autres, pouvant se mouvoir en totalité et dans toutes les directions, et chacune de ses parties étant composée de molécules sphériques qui ont plus d'affinité entre elles que pour un liquide d'un autre nature, l'air atmosphérique agissant également par son poids sur toute la surface du liquide, il sera facile de concevoir l'équilibre des liquides dans des vases communiquants les uns avec les autres par des canaux quelconques. Ce liquide se maintient exactement au même niveau dans tous les vases, quelles que soient d'ailleurs leurs capacités, leurs formes ou leurs directions, pourvu toutefois qu'on se serve d'un liquide de même densité.

En effet, si l'on verse de l'eau dans un tube recourbé à ses deux extrémités, on verra le liquide s'élever à la même hauteur dans les deux portions du tube; mais si l'on verse dans ce même tube, par un bout, de l'eau, et par l'autre de l'acide sulfurique, qui est moitié plus dense, les deux colonnes de liquide seront inégales en hauteur: la portion qui contient l'acide sulfurique fera remonter l'eau jusqu'à ce que le moins de densité ait été compensé par la hauteur de la colonne, pourvu toutefois que ces liquides ne se mêlent pas, car alors l'équilibre se rétablirait peu à peu.

Si une colonne contient du mercure, et l'autre de l'eau, le rapport sera comme 14 est à 1; c'est ainsi que 32 pieds d'eau font équilibre à 28 pouces de mercure, et 28 pouces de mercure à la hauteur de l'atmosphère, qui est d'environ 52,000 mètres.